

OFTAMOLOGIA

NEUORRETINITIS ASOCIADA A TUBERCULOSIS

Karen Fallas Chinchilla*

SUMMARY

Male patient of 12 years is described, known healthy, that consulted by marked decreased vision in the left eye. The Neuroretinitis is a clinical entity consisting of a visual loss of moderate to severe papilledema, macular exudates in a star pattern, and floating vitreous inflammation. Although its etiology is often idiopathic post viral or 60% of cases, acute infection as in Tuberculosis is caused occasionally. This case is extremely rare, due not only to be a Neuroretinitis but to be present in a young man documenting tuberculosis without pulmonary involvement.

Keywords: ocular tuberculosis, Neuroretinitis, tuberculosis-associated treatment, idiopathic etiology.

INTRODUCCION

Tuberculosis; enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria aerobia que se transmite a través de gotículas aerosolizadas y que muestra afinidad por tejidos ricamente vascularizados como la retina. Las manifestaciones oftálmicas pueden deberse a una infección activa o a una reacción inmunitaria frente al microorganismo. Los pacientes pueden presentar sintomatología

o no, debido a esto la perspicacia del investigador será clave en su diagnóstico. La neuroretinitis es una entidad clínica que consiste en una pérdida visual de moderada a severa, edema de la papila, exudado macular en un patrón estelar, y variable inflamación vítrea. A pesar que la etiología es usualmente postviral o idiopática, una infección aguda es ocasionalmente demostrada como el caso descrito.

CASO CLINICO

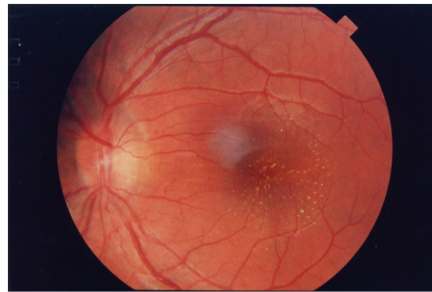
Paciente masculino de 12 años de edad, que consultó por disminución de la visión del ojo

* Sección de oftalmología, Hospital México Costa Rica.

izquierdo de 22 días de evolución sin otros signos ni síntomas asociados. No refirió antecedentes personales patológicos ni tampoco familiares, únicamente asocio el consumo regular de leche no pasteurizada y dormir con un gato doméstico. En la evaluación inicial el paciente presentó un examen físico normal, excepto la presencia de adenopatía cervical pequeña izquierda. Al examen oftalmológico se documentó una agudeza visual en ojo derecho de 20/20 y en ojo izquierdo de cuenta dedos a dos metros. Los movimientos oculares estaban conservados sin limitaciones ni dolorosos, tampoco hubo defecto pupilar y la presión intraocular estaba normal en ambos ojos. Se realizó Fondo de ojo derecho, el cual fue normal. El ojo izquierdo (figura 1) presentaba de edema de papila y exudados duros de distribución de estrella en la macula, vítreo estaba claro y la retina periférica sin alteraciones. Se solicitó Tomografía Axial Computarizada (TAC) de sistema nervioso central con ampliación en órbita, hemograma, serología para toxoplasmosis, bartonella henselae (arañazo de gato), VDRL, HIV, PPD, y radiografía de tórax, todo lo anterior mencionado normal y serología negativa. La angiografía de retina con fluoresceína demuestra hiperfluorescencia del disco óptico sin fuga ni datos de

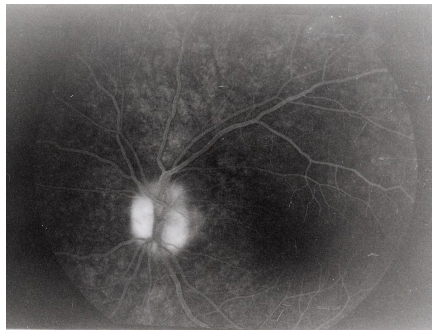
isquemia (Figura 2). En el ojo izquierdo. En vista de que todos los resultados fueron negativos, se le propuso a la madre del paciente realizar una biopsia de la adenopatía cervical; la cual no se consideró de importancia

Figura 1.



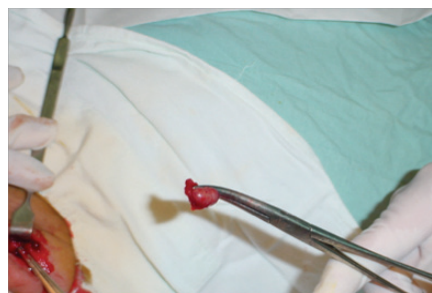
Fondo de Ojo izquierdo.

Figura 2.



Angiografía de retina.

Figura 3.



Extracción de ganglio cervical, mediante biopsia.

al inicio. Previo consentimiento informado la madre aceptó la toma de la biopsia (Figura 3), sorprendiendo con la presencia de bacterias alcohol ácido resistente. Se solicita valoración por Infectología, quienes indican el tratamiento médico, el cual consistió en el esquema trio-asociado para tuberculosis. La evolución fue lenta pero muy favorable observándose disminución del edema papilar y desaparición de la estrella macular con mejora de agudeza visual a 20/20 un año después de tratamiento.

DISCUSION

La neurorretinitis representa un reto diagnóstico debido a sus múltiples etiologías, a lo inespecífico de los síntomas y a su poca frecuencia.

Su presentación de pérdida visual es indolora, unilateral y lenta. Esta agudeza visual puede estar alterada severamente. Los signos de daño al nervio óptico generalmente son leves, debido a que la baja visión se debe al daño de la macula (centro de la retina). En algunos casos graves se ha reportado dilatación venosa y hemorragias retinianas en forma de astilla. La estrella macular, característica en estos casos se debe a depósitos de lípidos siguen la anatomía de la capa plexiforme externa de Henle. El curso de

la enfermedad generalmente resuelve al cabo de 6 a 12 meses, aunque la enfermedad no es recurrente algunos pacientes pueden desarrollar afectación del otro ojo. Desgraciadamente el 25% de los casos son idiopáticos. La enfermedad por arañazo de gato causa cerca del 60% de los casos, por lo que la serología por Bartonella Henselae es obligatoria. Si los anticuerpos por inmunofluorescencia indirecta son positivos una combinación de Rifampicina y Doxiciclina son administrados. El presente caso es sumamente raro, debido no solo por ser una neurorretinitis sino por estar presente en un varón joven documentándose una tuberculosis sin compromiso pulmonar.

RESUMEN

Se describe paciente masculino de 12 años de edad, conocido sano, que consulto por marcada

disminución de la visión en ojo izquierdo. La neurorretinitis es una entidad clínica que consiste en una pérdida visual de moderada a severa, edema de la papila, exudado macular en un patrón estelar, y variable inflamación vítrea. Aunque su etiología es usualmente postviral o idiopática en un 60 % de los casos, una infección aguda como en el caso la Tuberculosis es ocasionalmente la causa. El presente caso es sumamente raro, debido no solo por ser una neurorretinitis sino por estar presente en un varón joven documentándose una tuberculosis sin compromiso pulmonar.

Palabras clave: tuberculosis ocular, neurorretinitis, tratamiento trio – asociado, etiología idiopática.

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course. The Eye M.D

Association. Section 9. 2012-2013
Página 263.

2. Arevalo, J. Fernando. Retinal Angiography and Optical Coherence Tomography. First Edition 2009; Páginas 413-414.
3. Dick, Andrew D. Practical Manual of Intraocular Inflammation. First Edition 2008. Páginas 82-83.
4. Fish RH, Hoskins JC, and Kline LB. Toxoplasmosis neuroretinitis. Ophthalmology. 1993; 100:1177-82.
5. Grant T. Liu, Neuroophthalmology Diagnosis and Management, Second Edition 2001. Páginas 146-150.
6. J.A.M Van Heuven, Decision Making in Ophthalmology: An Algorithmic Approach, Second Edition. 2000; Página 292.
7. Kanski, Oftalmología Clínica. Sexta Edición. 2009; Página 788.
8. Nussenblatt and, Scott Robert B. Uveitis Fundamentals and Clinical Practice. Fourth Edition 2010 .Part 4 Chapter 9.
9. Quillen, David A. Clinical Retina. First Edition. 2002. Página 54.
10. Yanoff and Duker, Ophthalmology: Part 7 Uveitis, Third Edition. 2009.